



家庭與兒童醫療福利資格審查
**ELIGIBILITY REVIEW FOR FAMILY AND CHILDREN'S
 MEDICAL BENEFITS**



這一資格審查是那些想得到醫療福利的人士的具體情況的一個綜述。您需要先回答所有的問題，我們才能得知我們是否能夠繼續您的醫療福利。

請給我寄來有關現金和食品援助計劃的信息。

請按印刷體書寫：

1. 名	中間名首字母	姓		
2. 地址 您住在哪裡	街道	市	州	郵編
3. 信址 (如與住址不同)	街道	市	州	郵編

4. 電話號碼	5. 您講英文、讀英文或寫英文有困難嗎?	有 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/>
家 () _____	您需要我們給您寄另一種語言的材料嗎?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
工作 () _____	您需要翻譯嗎? (如需要，我們將找一位翻譯。)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
您講什麼語言? _____		
6. 我們家裡有一位成員懷孕了。	是 <input type="checkbox"/> 不是 <input type="checkbox"/> 如是，是誰? _____	
預產期 _____		

概況

7. 我們家有一位成員有殘疾。	是 <input type="checkbox"/> 不是 <input type="checkbox"/> 如是，是誰?
-----------------	---------------------------------------------------------------

8. 請列出住在一起的家庭成員：			(這一信息將不與移民局共用)					
姓名 (名, 中間名, 姓)	與您的 關係	生日 (月/日/年)	美國公民 是 不是	如不是美國公 民, 此人是否 有能顯示身份的 文件? (請附文件)	請列出此 人到達美 國的日期 (月/日/年)	此人是否 有資助 人?	社會保險號 (可不填, 如 果此人不想要 福利)	性別 男/女
A. 家長/監護人或自己			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
B. 家長/監護人/其他人：			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
C. 請列出所有其他人：			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
D.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
E.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
F.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
G.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
H.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
I.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

開支

9. 您是否在上班期間僱人照看您的孩子或照顧您 家裡某一殘弱成人?	是 <input type="checkbox"/> 不是 <input type="checkbox"/>	10. 您是否按法庭命令為某個不與您住在一起的 孩子支付贍養費?	是 <input type="checkbox"/> 不是 <input type="checkbox"/>
如是, 每月支付多少? \$ _____		如是, 每月支付多少? \$ _____	

收入

11. 您的工作收入 <input type="checkbox"/> 如您是自我就業，請打勾。 僱用單位名稱 _____ 電話號碼 () _____ 您稅前每筆收入數額: \$ _____ <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每月兩次 <input type="checkbox"/> 每月 每週工作小時數 _____		您家裡任何其他人的收入		數額	這筆收入多長時間有一次?	家裡哪位成員掙這筆收入?
		13. 兒童贍養費	\$			
		14. 贍養費	\$			
		15. 社會保險支付	\$			
		16. 失業救濟福利	\$			
12. 與您住在一起的配偶或家庭成員的工作收入 有收入人的姓名 _____ <input type="checkbox"/> 如此人是自我就業，請打勾。 僱用單位名稱 _____ 電話號碼 () _____ 您稅前每筆收入數額: \$ _____ <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每月兩次 每月 每週工作小時數 _____		17. 銀行存款利息	\$			
		18. 復員軍人福利	\$			
		19. 勞工與工業費	\$			
		20. 軍隊配給	\$			
		21. 收租	\$			
		22. 其它(請解釋)	\$			
注：如果您需要填寫更多的工作或收入，請加一張紙。						

醫療保險信息

23. 是否有任何想繼續接受醫療福利的人有私人醫療保險? 在過去4個月裡，您的孩子是否有與您工作有關的醫療保險? 如有，該醫療保險是否含有醫生、住院、X-光(放射)和化驗室服務項目? 如是，家屬每月的保險金是否在\$50美元以下?		有	沒有
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如果以上這些問題您都選擇了是或有，請回答以下保險方面的問題。			
保險公司或僱用單位	保險單號碼	參保人姓名	參保人社會保險號

自願信息

我們請您自願的告訴我們您的種族或民族背景。這一信息將不會用來考慮您接受福利的資格。

<input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加土著人	<input type="checkbox"/> 亞洲人	<input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美國人	<input type="checkbox"/> 西班牙人或拉美人
<input type="checkbox"/> 土著夏威夷人或其它太平洋島人	<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> 其他	

社會與福利部所管理的所有計劃和活動都禁止歧視。誰也不會因為種族、膚色、信條、政治信仰、民族出身、宗教、年齡、性別或殘疾而不能參加這些計劃和活動。

簽名前請認真閱讀

我明白：

- 我必須立即通過書信或電話向社會與福利部彙報我的情況的任何變化。拖延彙報會造成福利差錯。
- 我的情況要接受社會與福利部和其它州或聯邦機構的檢查。
- 我必須提供我有資格接受援助的證據。社會與福利部可幫助我索取證據或為此與其他人員或機構進行聯繫。
- 由於我請求並接受醫療保健福利，因此我向華盛頓州轉讓有關任何醫療救濟和任何醫療保健付款第三方的所有權利。
- 社會與福利部可與該部的兒童測驗預防針跟蹤系統共用有關我孩子的預防針史。
- 我明白，這一資格審查只是為醫療福利所用。如果我的家庭需要財務或食品援助，我們必須通過社會與福利部的一個社區服務辦公室(CSO)申請。**

聲明與簽字

我閱讀了並明白此資格審查表中的信息。我聲明，我在此審查表中提供的信息是真實的、正確的、而且具我所知是完全的，否則我將按偽證罪受到懲罰。

申請人簽字	日期	配偶/監護人簽字	日期
-------	----	----------	----